

<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE de LIAISON</h1>	L'ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	

1. VACCINATIONS

OBLIGATOIRE - AJOUTER UNE COPIE DES PAGES DE VACCINATION DU CARNET DE SANTE DE L'ENFANT

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour? Oui Non

SI OUI JOINDRE UNE ORDONNANCE RECENTE ET LES MEDICAMENTS CORRESPONDANTS

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A TITRE INDICATIF : VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (Projet d'accueil individualisé) en cours : Oui Non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre**.

.....
.....
.....

3. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : Oui Non

DES LUNETTES : Oui Non Au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : Oui Non Au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : Oui Non Au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....
.....

4. AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : Oui Non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées, si celles-ci sont autorisées par les autorités et dans le respect des mesures sanitaires imposées face au Covid 19: Oui Non

Autorisation de transport par car de location si ceux-ci sont autorisés par les autorités et dans le respect des mesures sanitaires imposées face au Covid 19 : Oui Non

5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE CODE POSTAL

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné/e,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : 2020

Signature :